Zur Kenntnis

der

Pathologischen Schlafzustände

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Robert Wollenberg

o.ö. Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik in Tübingen

der medicinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Axel Daiber

approb. Arzt aus Stuttgart.

ACAD. MEDICINAL. BIBL.

Tübingen

Verlag von Franz Pietzcker

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.

Referent: Professor Dr Wollenberg.

Juli 1903.

Druck von G. Schnürlen Tübingen.

„Die physiologischen Ursachen des Schlafs sind noch in Dunkel gehüllt.“ So sagt Wundt im II. Band, 19. Kap. seiner physiologischen Psychologie.

Es liegt auf der Hand, warum dieses Gebiet des animalischen Lebens der Forschung so schwer zu erschliessen ist: Beim Versuch der Selbstbeobachtung besteht die Schwierigkeit darin, dass das Subjekt des Beobachters — d. h. sein Selbstbewusstsein — beim Eintritt des fraglichen Zustandes versagt. Der Versuch an der zweiten Person scheitert leicht daran, dass der Zustand des Objekts, den man untersuchen wollte, ein zu empfindlicher ist und der Anwendung der gröberen physikalischen Untersuchungsmethoden nicht standhält.

Daraus erklärt sich, warum bis auf die neueste Zeit die Versuche über den natürlichen Schlaf sich im wesentlichen nur auf die Übergänge des Schlafs zum Wachen beziehen und nicht auf den Schlaf in seiner Kontinuität.

Gewiss gelingt es, ähnliche Zustände zu finden oder künstlich herbeizuführen, welche nicht so empfindlicher Natur sind, und welchen gegenüber wir in der Wahl der Untersuchungsmethoden uns keine Schranken setzen müssen: Der Schlaf des Epileptikers nach einem schweren Anfall, die Chloroformnarkose, würden uns Gelegenheit bieten zu jedem, auch dem eingreifendsten Experiment. Allein das beweist eben eine wesentliche Verschiedenheit dieser Zustände von dem physiologischen Zustand des Schlafs.

Schon der natürliche gesunde Schlaf setzt sich zusammen aus Phasen von verschiedener Wertigkeit, wie es dem Volk und

den Dichtern schon längst bekannt war*) und wie es durch die Versuche von Kohlschütter und Michelson in Beziehung auf die Tiefe des Schlafs wissenschaftlich untersucht wurde.

Noch viel mannigfaltiger als die Phasen des natürlichen Schlafs sind die Bilder der pathologischen Schlafzustände. Sie haben untereinander gemeinsam nur eine gewisse augenfällige Ähnlichkeit für den Beobachter und die Anziehungskraft des Rätsels für den wissenschaftlich Denkenden. Letzteres mag man wohl ausgedrückt finden in der grossen Menge von Namen, welche für diesen Gegenstand erfunden worden sind. Nach der Durchsicht der alten Litteratur über Schlafsucht und ähnliche Zustände glaube ich annehmen zu müssen, dass genau abgegrenzte klinische Krankheitstypen den einzelnen Namen nicht entsprechen. Beschreiben doch die alten Dissertationen beinahe gar keine Fälle solcher Erkrankungen, während sie meist eine grosse Zahl von synonymen Bezeichnungen der Krankheit aufzuzählen wissen: Lethargus, Late, veternus, carus. Die deutsche Bezeichnung »Schlafsucht« finde ich erstmals bei J. A. Friedrich 1669 (Nro. 51 des Litteraturverzeichnisses).

Unterschieden von der Schlafsucht werden: catalepsis, catoche, ἄγρυπνον κῶμα, oppressio, apprehensio, detentio, ecstasis, congelatio, ἀφωνία, stupor vigilans.

Ich glaube am besten zu tun, wenn ich die alte Litteratur möglichst vollständig gesammelt dem Verzeichnis beifüge, aus ihrem Inhalt aber nur einige Definitionen des Lethargus hier anführe.

---

*) Vier sind die Pausen nächt'ger Weile,
Nun ohne Säumen füllt sie freundlich aus.
Erst senkt sein Haupt aufs kühle Polster nieder,
Dann badet ihn im Tau aus Lethes Flut;
Gelenk sind bald die krampferstarrten Glieder,
Wenn er gestärkt dem Tag entgegenruht.
Vollbringt der Elfen schönste Pflicht,
Gebt ihn zurück dem heilgen Licht!
(Göthes Faust II. 1. Akt.)

Aus 114 d. L. . . . nominatur lethargus a notissimis accidentibus duobus: λήθη καὶ ἀργία, oblivione atque inertia . . . Definitur: deperditio facultatum principum praecipue autem memoriae cum inexpugnabili dormiendi necessitate, febre continua et lenta.

Aus 51 d. L. de lethargo . . . . senes magis huic malo expositos . . . . . credendum sequiorem sexum prae virili magis a lethargo vero atque exquisito molestari.

Aus 28 d. L. de lethargo . . . . . maxima in somnum propensio succesive aegros invadens salvis iisdem reliquo quasi apparentibus, cum oblivione rerum ordinariarum, sine febre occurrens.

Um den Überblick über die neuere Litteratur zu erleichtern, habe ich im Folgenden versucht, dieselbe nach gewissen Gesichtspunkten zu ordnen, und inhaltlich kurz zu erwähnen, während ich im Litteraturverzeichnis entsprechend der Sitte die Werke nach dem Namen der Verfasser alphabetisch geordnet habe. Die im Text angeführten Nummern entsprechen den Nummern des Litteraturverzeichnisses.

A. Zur Litteratur über den natürlichen Schlaf.

Hier seien zuerst eine Reihe von Monographien älteren Datums (1711—1868) über den Schlaf angeführt: N. d. L.: 43. 52. 62. 71. 73. 78. 113. 132. 139. 153. 158.

Neben diesen finden sich einige Beobachtungen über den Winterschlaf der Tiere: N. 4. 15. 35. 60. 146.

Eine Zusammenfassung der bis dahin erreichten Kenntnisse über den Schlaf bietet Wundt in seinen Grundzügen der physiologischen Psychologie. II. Kap. 19. Es muss genügen hier von seinen Ausführungen einige wesentliche Gesichtspunkte hervorzuheben.

1. Der Schlaf gehört zu den periodischen Lebensvorgängen wie Atmung und Herztätigkeit. Daher muss seine nächste Quelle im Zentralnervensystem gesucht werden.

2. Die allgemeinen Bedingungen seines Eintritts machen es wahrscheinlich, dass er durch Erschöpfung der Spannkräfte des Nervensystems herbeigeführt wird (Ermüdung); jedoch genügt diese Erklärung keineswegs vollständig, da ein hoher Grad von Ermüdung nicht immer Schlaf herbeiführt und andererseits Schlaf auch ohne merkliche Ermüdung eintreten kann.

3. Als eine zweite Bedingung, welche der Ermüdung bald entgegenzuarbeiten scheint, bald in gleichem Sinne wirkt, ist die Beeinflussung der Aufmerksamkeit anzusehen u. s. w.

Wenden wir uns nun zu den experimentellen Untersuchungen, welche zur Erforschung des Schlafes unternommen wurden und zu den neuen Gesichtspunkten, welche aus ihnen entsprungen sind.

Kohlschütter (75) und Michelson (88 und 89 haben die Tiefe des Schlafs in seinen verschiedenen Phasen und bei verschiedenen Individuen (Neurastheniker) experimentell untersucht durch Messung der Stärke des weckenden Reizes.

Die Veränderungen von seiten des Blutkreislaufs, welche Mosso als eine relative Anämie des Gehirns während des Schlafes aus der Hyperämie der Extremitäten bewiesen zu haben glaubte, wurden nachgeprüft und anders befunden. Mit Blutdruck und Blutfüllung haben sich folgende Arbeiten beschäftigt: Nr. 30. 36. 65. 91. 129. 131.

(Bei dem von mir mitgeteilten Fall wurden Untersuchungen mittels des Gärtnerschen Tonometers vorgenommen.)

Über die Wirkung künstlich erhaltener Schlaflosigkeit hat M. de Manasseïne an jungen Hunden experimentiert.

Zur Lokalisation des »Schlafzentrums« enthalten folgende Arbeiten wichtige Mitteilungen: Nr. 38. 55. (pag. 52 ff.) 87.

Dubois (38) nimmt aus dem von Soca (138) veröffentlichten Fall Veranlassung das Schlafzentrum in der Wand des III. Ventricels und des Aquaeductus Sylvii zu vermuten.

Gestützt wird diese Vermutung durch Versuche an Tieren sowie durch frühere Obduktionsbefunde.

Mauthner (87) geht von der Beobachtung aus, dass der Schlafkrankheit der Neger häufig Ptosis und andere Störungen von Seiten des Oculomotorius vorhergehen und vermutet deshalb das Schlafzentrum ebenfalls im zentralen Höhlengrau.

Über die anatomischen Veränderungen im Zentralnervensystem während des Schlafes finden sich Mitteilungen in Nr. 95 und 96.

Narbut (95) untersuchte mit der Golgischen Methode die Hirnrinde der Hunde während des Schlafes und kam dabei zu folgenden Ergebnissen und Schlüssen: Während des Schlafes treten an den Dendriten Varicositäten auf, welche um so deutlicher werden, je tiefer der Schlaf ist. Diese Tatsache wird dadurch verursacht, dass die Dendriten unter dem Einfluss chemischer Prozesse sich kontrahieren (CO_2Ansammlung.). Die unter dem Einfluss des Schlafes eintretenden Zellenveränderungen treten in der Hirnrinde in der Richtung von der Oberfläche zur Tiefe auf.

Dieser letztere Gedanke wird schon mit aller Entschiedenheit von Schleich ausgesprochen, dessen Buch über die Narkose (129) sehr viele neue Gedanken über die Physiologie des Schlafs enthält. Schleich erklärt den Schlaf daraus, dass die Gliazellen, welche stets in direkter Verbindung mit den Blutgefässen stehen während des Schlafes einen erhöhten Protoplasmagehalt annehmen und so die Ganglienzellen und deren Ausläufer mehr und mehr von einander isolieren, wodurch das Bild ausgedehnter Hemmungen zustandekommt, wie es der Schlaf bietet.

Ausserdem sucht Schleich eine entwicklungsgeschichtliche Erklärung des seelischen Zustandes beim Schlafe zu geben: als Rückkehr zu phylogenetisch früher durchgemachten Verhältnissen der Hirntätigkeit.

Über diesen Gedanken schreiben nach ihm Foster (48) und Giessler (56).

Im übrigen genüge für diesen Abschnitt der blosse Hinweis auf die Nummern: 9. 10. 16. 30. 36. 38. 42. 46. 48. 55. 56. 65. 75. 80. 84. 88. 89. 91. 95. 98. 102. 115. 129. 133. 136. 144. 145. 147. 148.

B. Zur Litteratur über pathologische Schlafzustände.

Arbeiten über lethargus und de affectibus soporosis finden sich unter Nr. 7. 17. 28. 51. 54. 66. 72. 114. 126. 152. 81.

Vom Jahr 1881 datiert Gélineaus Werk de la narcolepsie (55). Dasselbe enthält 14 Beobachtungen (darunter 3 eigene) von Narcolepsie. Dieser Name ist vom Verfasser vorgeschlagen: J'ai proposé de donner le nom de Narcolepsie (de ναρκωσις, somnolence et λαμβανειν, saisir, prendre subitement) à une neurose rare ou du moins peu connue jusqu' à ce jour, caractérisée par un besoin de dormir subit, irrésistible, ordinairement de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés et obligeant le sujet à tomber ou s'étendre et lui obéir. Das Werk enthält umfangreiche Angaben über Ätiologie, Einteilung, Differentialdiagnose und Behandlung dieser Krankheit. Ausserdem auch eine Hypothese über den natürlichen Schlaf.

Notwendig zu erwähnen ist, dass Gélineau selbst, auf Grund der verschiedenen Ätiologie der von ihm beschriebenen Fälle, der essentiellen Narcolepsie eine sekundäre gegenüberstellt.

Vom übrigen Inhalt seiner Beobachtungen seien hier nur folgende Punkte angeführt:

1. Es besteht bei den an Narcolepsie leidenden Kranken stets eine gesteigerte Erregbarkeit des Vasomotorensystems.

2. Häufig finden sich neben der Neurose ausgesprochene oder nur angedeutete organische Störungen: Herzfehler, Lebervergrösserung, Diabetes, chron. Dyspepsie.

3. Findet sich in einem Fall ausgesprochene hysterische Veranlagung.

4. Auffallend ist bei mehreren Kranken, dass die Anfälle von Schlaf ausgelöst werden durch eine psychische Erregung; der Anblick eines neuen Kunden, welcher den Laden betritt für den Krämer; eine Hand voll guter Karten für den Spieler, für einen dritten Kranken die rührend schöne Musik der Oper; für einen letzten die Sondierung des Tränennasengangs.

Nach der Veröffentlichung dieser Arbeit mehren sich die Mitteilungen über Fälle von Schlafsucht sehr rasch. Über den Namen »Narcolepsie« herrschte einiger Streit; jetzt ist er aber wohl allgemein für die von Gélineau beschriebene Form der Schlafsucht angenommen.

Aus der übrigen Litteratur seien noch die wichtigsten Angaben über Ätiologie, Therapie, Differentialdiagnose und Einteilung hier erwähnt.

Bekannt war schon längere Zeit die Schlafkrankheit der Neger. Ob dieselbe eine einheitliche Krankheit darstellt, kann wohl noch nicht sicher entschieden werden. Buschan (22) gibt an, dass dieselbe Europäer niemals befällt, dass sie meist innerhalb 3—6 Monaten mit Tod durch Entkräftung endet, da die Kranken nicht mehr essen. Ozzard (103), Manson (85), Dantec (32) leiten diese Schlafkrankheit der Neger von dem Auftreten der Filaria perstans im Blut her.

Ein Zusammenhang zwischen Poliomyelitis und Schlafsucht wird angenommen in den Arbeiten von Benjamin (9) und von Mauthner (87). Letzterer vermutet als Sitz der Affektion das zentrale Höhlengrau: Poliomyelitis superior, indem er davon ausgeht, dass beim Auftreten der Schlafkrankheit der Neger zuerst Ptosis und andere Lähmungserscheinungen von seiten des oculomotorius beobachtet werden.

Zusammenhang mit Trauma wird mehrfach erwähnt: Cormac (27), Hitzig (68).

Durch psychisches Trauma ausgelöst erscheint die Schlafsucht in einem von Sälzer mitgeteilten Fall (122).

Autointoxicationen werden für das Entstehen der Narcolepsie verantwortlich gemacht. Löwenfeld 82, Cullère 29, Gélineau 55.

In 116 ist bei anfallsweise auftretender Lethargie eine begleitende Verkleinerung der Leberdämpfung und Verminderung der Harnstoffausscheidung mit Ammoniurie beobachtet.

In Verbindung mit Fettsucht ist Narcolepsie beschrieben von Sainton (121).

Nach Injektion von Behrings Diphtherieserum trat Schlafsucht auf in einem in 47 beschriebenen Fall.

Zur Differentialdiagnose sei erwähnt Ballet: le sommeil simulé chez les aliénés (3).

Über Therapie finden sich sehr viele Angaben in dem Werk Gélineaus (55). Nach erfolglosen Versuchen mit Picrotoxin, Apomorphin, Arsen, Strychnin schlägt Gélineau Hyoscyamin, Coffein und Phosphorsäure vor und zwar will er dieselben in starken Dosen bis zur Bemerkbarkeit der physiologischen Wirkung geben.

Suggestion wurde mit Erfolg angewandt von Hitzig (68).

Die Litteratur zur Frage der Narcolepsie ist 1896 von Rybakow gesammelt worden (118).

1884 hat Dana 49 ihm bekannt gewordene Fälle von Schlafsucht gesammelt (31).

Vorschläge zur Einteilung der Schlafsucht sind gemacht worden von Gélineau (55) in essentielle und sekundäre Narcolepsie — ausserdem findet sich Seite 37 seines Werks noch eine detaillierte Einteilung der hysterischen Schlafzustände.

Dana 1884 (31) will nur Fälle berücksichtigt wissen, welche auf hysterischer, epileptischer oder neurasthenischer Basis beruhen. Er stellt folgende Einteilung auf:

1. Einfache Prolongation des natürlichen Schlafs, nach dem Aufwachen bleibt keine Schläfrigkeit zurück.

2. Persistierende Schläfrigkeit, der die Patienten öfters unterliegen.

3. Die Kranken sind häufig kurzen Anfällen von Schlafsucht unterworfen ohne in den Zwischenräumen schläfrig zu sein.

4. Einzelne oder wiederholte prolongierte Anfälle von Lethargus (schlafende Menschen).

5. Monatelang dauernde Schlafzustände mit erweiterten Pupillen; Bewusstsein zuweilen vorhanden.

Das weibliche Geschlecht soll häufiger befallen werden (2:1.) Das Alter der Patienten schwankt in den 49 beobachteten Fällen zwischen 11 und 47 Jahren.

Winter 1899 (155) stellt folgende Einteilung auf:

1. Die Kranken sind stets schläfrig und schlafen auch wirklich bei jeder Gelegenheit ein.

2. Die Zustände von Schlafen und Wachen alternieren, doch sind die Phasen länger als gewöhnlich.

3. Nach einem längere Zeit anhaltenden Schlaf sterben die Kranken, ohne dass die Autopsie eine Ursache eruieren lässt.

---

1. Albinus B., de catalepsi. Lugd. 1676.
2. Ballet, Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individues affectés d' anesthèsie hysthérique généralisée. 1892.
3. Ballet, C., Le sommeil simulé chez les aliénés. Revue de l' hypnotisme. Déc. 1890.
4. Barkow, H. C., Der Winterschlaf nach seinen Erscheinungen im Tierreich dargestellt. Berl. 1846.
5. Barth, E., Über hysterische Schlafzustände. Inaug. Diss. Kiel 1898.
6. Baumer, S. W., de ecstaseos et catalepseos differentia. Giess. 1776.
7. Beckers, J., de caro idiopathico. Berol. 1834.
8. Benedict, Über Katalepsie und Mesmerismus. Wien 1880.

9. Benjamin, Über den physiologischen und pathologischen Schlaf. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 54. H. 6.
10. Berger et Loewy, L' état des yeux pendant le sommeil et la théorie du sommeil. Journ. de l'anat. Nr. 3. 1898.
11. Berkhahn, O., Ein Fall von Psychose mit halbjähriger Lethargie. Allg. Zeitschr. für Psych. 1894. Seite 526.
12. Berliner, Ab., de somno. Ber. 1854.
13. Byl, Narcolepsie als hoodesymptoom van verkregen hysterie. Feestb. d. Neederl. Vereen. vor Psychiatrie 1896.
14. Boehm, Henry, Über Narcolepsie. Berl. 1893.
15. Bongers, P., Beobachtungen über die Atmung des Igels während des Winterschlafs. Leipzig 1884.
16. Bordoni-Uffreduzzi, La fisiologia del somno. Riv. di filosofia scientifica. Anno III.
17. Böhm, A. et Rambach, de somno vigilantium. Giss. 1765.
18. Braune, C. G., de somno sani hominis. Berl. 1825.
19. Brockes, A., Über Katalepsie. Bonn 1882.
20. Buechner, A. E. et Pezold, de natura somni. Hal. 1750.
21. Burckhardt, C. A., somnus naturae medicatricis molimen. Berol. 1835.
22. Buschan, G., Einfluss der Rasse auf die Häufigkeit und die Formen der Geisteskrankheiten. Allg. Med. Central-Zeitung. 1897. 9. ff.
23. Mc. Carthry, L., Narcolepsy. A contribution to the pathology of sleep. Amer. Journ. of the Medic. Sciences. Febr. 1900.
24. Chaume, J. E., de la catalepsie. Paris 1871.
25. Clary Bousquet, de la catalepsie. Strasb. 1863.
26. Coldstream, J., on a case of catalepsy. Edinb. 1854.
27. Cormac, Mac, John, A case of narcolepsy. Brain 1899. S. 469.
28. Coschwitz, G., de lethargo. Jena 1692.
29. Cullère, A., Hépatisme et psychoses. Arch. de Neur. 1898. VI. Nr. 35.
30. Czerny, A. in Breslau, Jahrbücher für Kinderheilkunde 1896. 3 und 4.
31. Dana, Journ. of nerv. and mental disease 1884. Vol. II p. 153.
32. Dantec, L., La maladie du sommeil. Arch. cliniques de Bordeaux 1898. p. 480.

33. Dehio, Über einige pathologische Schlafzustände. St. Petersburger med. Wochenschrift. 1893. Nr. 22.
34. Delius, H. Fr., de catalepsi. Erlangen 1754.
35. Delsaux, E., sur la respiration des chauves souris pendant leur sommeil hibernal. Brux. 1884.
36. Deutsch, W., Über die Unhaltbarkeit der Theorie der Hirnblutleere im Schlaf. Wiener med. Wochenschrift. 1901. Nr. 33.
37. Dionis, sur la mort subite et sur la catalepsie. Paris 1718.
38. Dubois, Raphael, Le centre du sommeil. Compt. rend. hebd. de la Soc. de Biol. 1901 p. 229.
39. Dufossé, M., étude sur la narcolepsie. Paris 1888.
40. Eefsink, J. P., Katalepsie mit nachfolgender hemiplegia dextra. Leipzig 1854.
41. Ellis, W., Latah, a mental malady of the Malays. The Journ. of mental science 1897. Jan.
42. Erlenmeyer, A., Über Schlafvorstellungen bei Gesunden und Nervenkranken. Deutsche med. Zeitung 1900 Nr. 39.
43. Ewaldt, B., de somno. Regiom. 1711.
44. Féré, Ch., Note sur la narcolepsie épileptique. Revue de méd. 1898 Nr. 5.
45. Fischer, H., de catalepsi. Berl. 1843.
46. Fleury, Théorie du sommeil. Progr. medic. 1901. 44.
47. Förster, Jahresber. der Gesellsch. für Natur- und Heilkunde in Dresden. Sitzungsber. 1894/5. pag. 159.
48. Foster, H., The necessity for a new standpoint in sleep theories. Amer. Journ. of Psychol. 1901. Nr. 2.
49. Franke, A. E., de catalepsi. Berl. 1830.
50. Freuler, J. H., de catalepsi. Tur. 1841.
51. Friedrich, J. A., de lethargo. Jena 1669.
52. Fumetti, de, F., de somno. Gött. 1808.
53. Ganser, S., Neurasthenische Geistesstörung. Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des Stadtkrankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt.
54. Gaulke, Über einen merkwürdigen Fall von Schlafsucht. (Katatonie) bei einem Strafgefangenen. Berlin 1877.
55. Gélineau, de la narcolepsie. Surgères (Charente-Inf. 1881).
56. Giessler, C. M., Die Grundtatsachen des Traumzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1901 pag. 164.

57. Gilles de la Tourette, l' hypnotisme et les états analogues au point de vue médicolégal. Par. 1888.
58. Gilles de la Tourette, Arch. de Neurol. Jan. 1889.
59. Gleim, Berichte über die Schlafkrankheit der Neger im Kongogebiet und C. Mense (siehe bei M). Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. IV. 1900.
60. Gmelin, Über den Winterschlaf und einige verwandte Erscheinungen bei den Tieren. Tüb. 1839.
61. Hamaker, W., een geval van catalepsie Leid. 1875.
62. Hasenklever, R., de somni sani natura atque causa. Berol. 1837.
63. Hecht, A., Ein kasuistischer Beitrag zur Ätiologie der Narcolepsie. Der ärztliche Praktiker 1897. Nr. 6.
64. Heusgen, P. H., de catalepsi. Berl. 1841.
65. Hill, C., On rest, sleep and work and the concomitant changes in the circulation of the blood. Lancet 1898. Jan. 29.
66. Hilscher, S. P., de lethargo. Jen. 1893.
67. Hirschel, L. E., Gedanken von der Starrsucht. Berl. 1769.
68. Hitzig, Schlafattacken und hypnotische Suggestion. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 38.
69. Hoffmann, Fried., de affectu cataleptico rarissimo. Francf. a. M. 1692.
70. Holzinger, Neurolog. Centralblatt. 1899. Nr. 1.
71. Jan v., F. G., Der Schlaf. Würzburg 1836.
72. Jassoy, D., de lethargo. Bas. 1703.
73. Kästner, F. M., de somno hominis. Hal. 1853.
74. Kauffmann, Das Nendinger Mädchen. Mediz. Correspondenzbl. des württ. ärztl. Landesvereins 1898.
75. Kohlschütter, E., Messungen der Festigkeit des Schlafes. Leipzig 1862.
76. Krauss, W. C., The hypnotic state of hysteria. The journal of nerv. and mental disease. Aug. 1890.
77. Lamacq, L., A propos de quelques cas de narcolepsie. Revue de médecine 1897. Nr. 9.
78. Lebenheim, L. H., Versuch einer Physiologie des Schlafes. Leipzig 1823.
79. Lépine, R., Revue de médecine 1894. p. 727.

80. Liébeault und Dornblüth, Der künstliche Schlaf und die ihm ähnlichen Zustände. Leipzig 1892.
81. Löhr, B., de lethargo. Gött. 1752.
82. Löwenfeld, L., Über hysterische Schlafsucht. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Mai 1895.
83. Luebbers, A., de catalepsi. Berl. 1836.
84. Manasseïne, M. de, Arch. italiennes de biologie. 1894. pag. 322.
85. Manson, Patrick, The sleeping sickness. Brit. Med. Journ. 3. Dec. 1898.
86. Mattersdorf, S., de catalepsi. Berl. 1823.
87. Mauthner, L., Polioencephalitis und Schlaf. Wiener med. Wochenschrift. 1891. Nr. 26.
88. Michelson, Untersuchungen über die Tiefe des Schlafs. Psycholog. Arbeiten von E. Kräpelin. Bd. II. H. 1.
89. Michelson, E., Untersuchungen über die Tiefe des Schlafes. Dorpat 1891.
90. Mörchen, Fr., Über Dämmerzustände. Marbach 1901.
91. Mosso, A., Die Ermüdung. Aus dem Ital. von J. Glinzer. Leipzig 1892.
92. Moyer, Harold, A case of paroxysmal sleep, sleep epilepsy or narcolepsy. The Medic. Record 19. Nov. 1898.
93. Mense. Siehe 59.
94. Nammack, Charles, E., A case of narcolepsy. The Med. Record. 1899. Nr. 9.
95. Narbut, Über die Veränderungen der Grosshirnrinde während des natürlichen Schlafes. Petersb. Med. Wochenschrift. Rev. d. russ. Med. Zeitschr. 1901 pag. 35.
96. Neurolog. Centralbl. 1900, pag. 991.
97. „ „ 1896, pag. 1050.
98. „ „ 1896, pag, 953.
99. Norris, Ge., Some remarks on catalepsie, with notes of a case. Philad. Med. Journ. Vol. 6, pag. 1144. 1900.
100. Oberstadt. F. Über Katalepsie. Würzburg 1877.
101. Odise, R., Recherches expérimentales sur les mouvements de la cellule nerveuse de la moëlle épinière. Revue méd. de la Suisse romande. 1898. Nr. 2 und 3.

102. Oks, B., Physiologie des Schlafens und Träumens. Odessa 1880.
103. Ozzard, A. F., The sleeping nickness. The Brit. Med. Journ. 1899. Nr. 20.
104. Pariser, F., de affectibus soporosis. Berl. 1824.
105. Pineles, F., Die Beziehungen der Akromegalie zum Myxoedem und zu andern Blutdrüsenerkrankungen.
106. Phelps, W. M., Catalepsy. Virginia Med. Semi-Monthly. 1899. Sept.
107. Philippe, J., de catalepsi. Bas. 1868.
108. Preyer, W., Die Katalepsie und der tierische Hypnotismus. Jena 1878.
108. Preyer, W., Über die Ursachen des Schlafs. Stuttg. 1877.
109. Radestock, Schlaf und Traum. Leipzig 1879.
110. Rapp, v., Über den Winterschlaf. (?)
111. Richter, G., de salutari somni mensura et tempore. (?)
112. Rieger, Über normale und kataleptische Bewegungen. Berlin 1882.
113. Roelen, G. W., de somno. Bonn 1849.
114. Rolfink, W., de lethargo. Bas. 1703.
115. Rosenbaum, E., Warum müssen wir schlafen? Berl. 1892.
116. Rothmann und Nathanson, Über einen Fall von kataleptiformer Lethargie mit Simulation von Chylurie. Archiv für Psychiatrie. 1899. XXXII, 1.
117. Rousseau, Observations de Narcolepsie. L' Encephale 1881. Nr. 4.
118. Rybakow, F. E., Zur Frage nach der Narcolepsie. Kowalewskys Archiv 1896, pag. 58—77 mit Litteraturübersicht.
119. Sachs, de catalepsi. Berlin 1845.
120. Sahlmen, Ein Fall von Schlafsucht. Berl. klin. Wochenschrift 1882 Nr. 7.
121. Sainton, Paul, Narcolepsie et obésité. Rev. Neur. 1901 pag. 297.
122. Sälzer, Beitrag zur Frage der Narcolepsie. Wratsch 1901. Nr. 10.
123. Samain, G., de la narcolepsie, ses rapports avec l' hysterie et l' épilepsie. Paris 1894.

124. Sanctis, S. de, J sogni e il sonno nell' isterismo e nella epilessia. Roma 1896.
125. Schelhammer, Ch., de catalepsi. Jena 1650.
126. Schelhammer, G., de lethargo. Jena 1692.
127. Schenck, Jo., de catalepsi. Jena 1671.
128. Schindler, H. B., Die idiopathische chronische Schlafsucht.
129. Schleich, C. L., Schmerzlose Operationen. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. Berlin 1894.
130. Schleiermacher, G., de catalepsi affectu rarissimo. 1694.
131. Schleisick, B., Untersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer. Rostock 1901.
132. Schmidbauer, J. M., de somno. Mon. 1830.
133. Scholtz, F., Schlaf und Traum. Leipzig 1887.
134. Schultze, F., Über pathol. Schlafzustände und deren Beziehung zur Narcolepsie. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 52, pag. 724.
135. Semelaigne, Beiträge zum Studium des pathologischen Schlafs bei Geisteskranken. Annal. méd. psych. Jan.
136. Sergéjeff, Le sommeil et le système nerveux. Par. 1890.
137. Siemens, Zur Lehre vom epileptischen Schlaf und vom Schlaf überhaupt.
138. Soca, F., Sur un cas de sommeil prolongé pendant 7 mois par tumeur de l' hypophyse. Gaz. hebd. 1900. 31. mai.
139. Sommer, E., Neue Theorie des Schlafs. Dürkheim 1868.
140. Spitta, Die Schlaf- und Traumzustände der menschlichen Seele mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses zu den psychischen Alienationen.
141. Steiner, Über hysterischen Schlaf. Deutsche med. Wochenschrift. 1893. Nr. 27.
142. Stern, H. Narcolepsi and morbid sleepness. Med. Record LXI Nr. 2.
143. Szczypianski, Paradoxe Schlafanfälle bei einem Irren. Ann. med. psych. 1891.
144. Tissié, les rêves, physiologie et pathologie.
145. Tobolowska, Justine, Etude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal. Thèse de Paris 1900.
146. Valentin, G., Beiträge zur Kenntnis des Winterschlafs der Murmeltiere. Frkf. 1860.

147. Vaschide, Influenza dell attenzione durante il sonno. Riv. sper. di fren. Vol. XXIV. 1. 1898.
148. Vaschide et Piéron, la psychologie du rêve. Par. 1901.
149. Vesti, Just., de catalepsi. Erf. 1689.
150 Volckamer, J. G., de lethargo. Altorf 1684.
151. Weber, G. A., Über Katalepsis. Marburg 1858.
152. Wedel, G. W., de affectibus soporosis. Jena 1708.
153. Weigersheim, de somni physiologia eiusque in morbos effectu. Berlin 1818.
154. Wetter, C. F., de catalepsia. Wolfb. 1835.
155. Winter, J. F. Morbid sleep. Amer. Journal of Med. Sciences. 1899, pag. 816.
156. Winther, J. G., de catalepsi. Rinteln 1692.
157. Workman, Narcolepsia. Amer. Journ. of insan. 1882. Jan.
158. Ziehl, J., de somno. Erl. 1818.

Am 24. V. 1901 wurde in die psychiatrische Klinik zu Tübingen der Kranke Friedrich Sch. aus Engelsbrand aufgenommen. (Derselbe ist geboren zu Neckargemünd in Baden am 11. VII. 1863.) Er war durch seine Versicherungsgesellschaft zur Beobachtung und Behandlung eingewiesen.

Die Krankheitsgeschichte bis zu seiner Aufnahme wurde teils aus seinen eigenen Angaben, teils aus denen seiner zweiten Frau und der früher behandelnden Ärzte bekannt.

Nerven- oder Geisteskrankheiten, Verbrechen, Trunksucht, Selbstmord, sonderbare Charaktere sind in der Familie des Pat. nicht beobachtet. Er selbst hat abgesehen von den Masern früher keine Krankheiten durchgemacht. Er war ein mittlerer Schüler. Erwachsen arbeitete er als Sensenschmied in der Fabrik. Er war ein arbeitsamer, nüchterner, für seinen Stand gebildeter Mann und als solcher in seinem Wohnort angesehen. Zur Zeit seiner Erkrankung war er in zweiter Ehe verheiratet.

Für Trunksucht, Schädeltrauma, geschlechtliche Infektion bestehen bei Pat. keine Anhaltspunkte.

Im Jahr 1890 erlitt Sch. bei der Arbeit einen Unfall dadurch, dass ihm ein Funke ins rechte Auge sprang. Die Sehkraft desselben wurde dadurch sehr erheblich beeinträchtigt; er sieht nur noch Finger auf ½—1 m und erhält seither Rente.

Hernach arbeitete er wieder in seinem Beruf, ohne, wie er angibt, jemals andere als Störungen der Sehkraft von Seiten dieses Unfalls bemerkt zu haben.

Am 28. V. 1900 erlitt er einen zweiten Unfall bei der Arbeit welcher eine längere Behandlung nötig machte und während derselben Arbeitsunfähigkeit bedingte.

Im Verlauf dieser Zeit traten bei Pat. allerhand Störungen von Seiten des Nervensystems auf, welche im folgenden eine eingehende Beschreibung erfahren sollen.

Es muss jedoch erwähnt werden, dass schon in der Zeit vor dem Unfall gewisse Veränderungen in dem Wesen des Pat. bemerkt worden waren.

So gibt die Frau an, dass er schon vor dem 28. V. 1900 ein paar Wochen lang schläfriger war als sonst. Er stand damals morgens ungern auf, blieb auch manchmal Samstags zu Hause.

Der erwähnte zweite Unfall ereignete sich wie folgt: Sch. war mit Abkühlen glühender Stahlstäbe beschäftigt, als ein junger Bursche, der ihm helfen sollte, ihn mit einem solchen am linken Unterarm verbrannte. Er hatte sofort eine Wunde, welche wenig blutete, aber stark schmerzte. Den Weg zum Arzt (1½ Stunden) konnte er mit Notverband versehen zu Fuss zurücklegen. Die Wunde wurde genäht, und Pat. blieb 14 Tage deswegen im Krankenhaus. Pat. gibt an, dass er bei dem Unfall Schreck empfand, ohne aber in besondere Erregung zu kommen, oder das Bewusstsein zu verlieren.

Aus dem Krankenhaus kam er für einige Wochen nach Hause; er konnte noch nicht arbeiten und stand deshalb meist müssig umher oder lag zu Bett.

Die Versicherungsanstalt schickte ihn nun nach Stuttgart ins medicomechanische Institut zur Nachbehandlung, da die Bewegungsfähigkeit der linken Finger sehr gering war. Er übte dort 4 Wochen lang aber ohne grossen Erfolg.

Während dieser Zeit besuchte ihn die Frau in Stuttgart. Hier war zuerst an Pat. eine auffallende Veränderung seines Wesens zu

bemerken. Er ging immer um die Frau herum und betrachtete sie in auffallender Weise. Bei einem Gang durch die Stadt äusserte er sonderbare Eifersuchtsideen, als die Frau die Kaserne sehen wollte.

Als er von Stuttgart wieder nach Hause kam, ohne arbeitsfähig zu sein, wurde diese Veränderung noch augenfälliger: Es treten häufig sonderbare Zustände auf, in welchen Pat. sitzt oder herumgeht und vor sich hinstarrt. „Er läuft viel umeinander." Er kann nicht mehr so recht mit den Leuten sprechen. In solchen Zuständen spricht er häufig verworrenes Zeug; manchmal macht er den Eindruck eines Hallucinierenden, als ob er im Gespräch mit jemand wäre. Er spricht öfters von Wespen und Mäusen. Auch Eifersuchtsideen werden oft plötzlich und ohne verständlichen Anlass geäussert. Für diese Zustände und die ihnen zugehörenden Äusserungen und Handlungen scheint Pat. nachher meist keine deutliche Erinnerung zu haben. Manchmal aber bittet er die Frau nachträglich um Verzeihung, oder er sagt, er sei froh, dass „die Gedanken weg seien".

Es kann nicht fehlen, dass solche Veränderungen auch seinen Bekannten und Nachbarn auffallen. Die Frau wird häufig gefragt, ob denn der Mann nicht recht sei, oder ob er mit ihr etwas gehabt habe.

Pat. selbst spricht sich häufig über seinen Zustand aus. Er fühlt alle Glieder zerschlagen, auch ohne dass er gearbeitet hat. Er fühlt häufig einen Blutandrang gegen den Kopf; manchmal Schwindel. Er glaubt, das Gedächtnis eingebüsst zu haben: „Ich kann mir von nichts kein Bild machen."

Die libido und potentia sexualis haben schon längere Zeit, seit dem Unfall aber in auffälliger Weise, nachgelassen. Pat. fühlt sich stets gedrückt, weil er nicht arbeiten kann. Alle Versuche, im Haus, Feld und im Beruf leichte Arbeit zu verrichten sind von kurzer Dauer und entmutigendem Misserfolg. Sie scheitern alle an einer dauernden Müdigkeit und Unfähigkeit, sich aufzuraffen.

Der Kranke gewöhnt sich mehr und mehr an eine gewisse Passivität; er gibt jeder Laune und Schwankung seines Befindens nach, bleibt morgens unregelmässig lang im Bett liegen, steht manchmal erst mittags auf.

Erst nach seiner Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen am 24. V. 1901 tritt in den Vordergrund des Krankheits-

bildes eine eigentümliche Art von Schlafsucht. Um diesen Zustand näher zu charakterisieren, möge hier ein kurzer Auszug aus der Krankengeschichte der Klinik folgen.

Eine am 24. V. 1901 vorgenommene körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund:

Kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungszustand; 175 cm gross, 79,6 kg schwer. Temp. 37,6 im Mastdarm Puls 88.

Schädel symmetrisch, ohne Narben; nirgends auf Druck und Beklopfen schmerzhaft. Horizontalumfang: 58, Querdurchmesser: 16, Längsdurchmesser: 20 cm. Haare an den Schläfen ergraut, über dem Scheitel gelichtet.

Der harte Gaumen ist etwas steil.

Beiderseits besteht ein geringer Grad von Ptosis.

Rechte Lidspalte etwas enger als linke. Augenbewegungen frei.

Rechte Iris grün; Linke Iris graublau. Rechts in der vorderen Kammer ein schwarzer, länglicher Fremdkörper. Aus der rechten Pupille ein braungelber Reflex. (Diagnose der Augenklinik Tübingen: Siderosis bulbi dextri.)

Facialis und Hypoglossus symmetrisch. Zunge gerade, frei beweglich, zittert ein wenig; zeigt etwas Belag, frei von Verletzungen und Narben.

Die Sprache zeigt keine artikulatorische Störungen. Uvula auffallend lang und spitz, zeigt etwas nach links. Würgreflex nicht auszulösen. Hintere Rachenwand gerötet, trocken glänzend: Pharyngitis chronica sicca.

Lungen zeigen geringes volumen auctum und wenige Rasselgeräusche: Bronchitis chronica mit wenig Husten und Auswurf.

Herzdämpfung gegen die Norm nicht verändert. Der I. Ton über der Herzspitze ist als nicht ganz rein zu bezeichnen. Puls 72 regelmässig, nach mässiger Anstrengung 84.

In der rechten Brustgegend ein nävus pigmentosus pilosus.

Abdominalorgane ohne nachweisbare Veränderung.

Kein tremor manuum.

Am linken Unterarm eine 4 cm lange blaurote, verschiebliche nicht schmerzhafte Narbe.

L R

Masse: Oberarm 15 cm über dem cond. extern. 29,5 ... 30.

Unterarm 15 cm unter dem cond. extern. 23,5 ... 25,5.

Mechanische Muskelerregbarkeit deutlich erhöht. Vasomotorisches Nachröten sehr ausgesprochen.

Bauchdeckenreflex L > R.

Cremasterreflex L > R.

Kniephänomen vorhanden L > R; im Ganzen schwach.

Plantarreflex lebhaft; vielleicht L > R.

Kein Romberg, keine Ataxie.

Gang ohne Besonderheiten.

Sensibilität:

1. Berührungen werden überall prompt angegeben und richtig lokalisiert.

2. Stumpf und spitz überall richtig.

3. Schmerzempfindung im Ganzen etwas herabgesetzt.

4. Temperaturempfindung überall gleichmässig vorhanden.

5. Lage- und Bewegungsgefühl intakt.

Geruch, Geschmack nicht beeinträchtigt.

Gehör: Flüstersprache beiderseits 5—5 1/2 m. Rinné beiderseits positiv. Weber nicht lateralisiert.

Der Urin enthält keinerlei abnorme Bestandteile. Die elektrische Untersuchung ergibt überall normale Reaction mit Ausnahme des verletzten linken Unterarms.

24. V. 01. Pat. macht einen leicht benommenen, schläfrigen Eindruck. Nach Angabe des Pflegers schläft Patient auch bei Tage viel.

25. V. 01. Nachts gut geschlafen; schläft noch bei der Frühvisite. Pat. ist so schlafsüchtig, dass er während der elektrischen Untersuchung mehrmals einnickt.

26. V. 01. Anhaltend müde und schläfrig, gibt keinerlei Beschwerden an.

27. V. 01. Pat. steht nachmittags auf.

28. V. 01. Pat. geht, steht, sitzt stets mit stark nach vorn geneigtem Kopf; spricht spontan mit Arzt, Personal und Kranken wenig, hat keine Klagen als Müdigkeit. Objektiv starke Schlafsucht

In der folgenden Zeit ist Pat. wechselnder Stimmung, er spricht manchmal mehr mit andern Patienten.

Auf Zureden macht er mehrmals Versuche zu leichter Gartenarbeit, wird aber immer durch eine überwältigende Müdigkeit davon abgehalten.

Bei den Unterredungen mit dem Arzt bietet Pat. stets dasselbe Bild: Gefragt antwortet er sofort, ohne sich lange zu besinnen. Je nach dem Inhalt der Frage spricht er längere Zeit weiter, redet sich wohl auch in eine gewisse Erregung hinein. Sowie man ihn aber sich selbst überlässt — gleichgültig ob im Zimmer Ruhe herrscht oder lebhafte Unterhaltung — so senkt er den Kopf auf die Brust, die Augen schliessen sich, wobei die Lider leicht zittern; das Gesicht rötet sich mässig — er macht den Eindruck des Schlummernden.

Es ist kein tiefer Schlaf, denn er hält sich stehend und sitzend dabei aufrecht. Er bietet dasselbe Bild, wie Leute, welche in der Eisenbahn schlummern, aber keinen Raum finden, um sich auszustrecken.

Dementsprechend ist er jederzeit leicht aus seinem Schlummer aufzuwecken.

Wird Pat. aufgefordert, sich wach zu halten, so hält er den Kopf mehrere Minuten hoch und die Augen geöffnet.

Wird er geweckt, so äussert er dabei keine besondere Unlust. Auf Befragen gibt er an, es mache ihm nicht viel aus im Schlummer angerufen zu werden.

Bei seiner Aufnahme 24. V. 01 über seine Krankheit befragt, gibt er an: Es bestehen seit dem Unfall folgende Beschwerden:

1. Schmerzen im linken Arm. 2. Zeitweise Blutandrang zum Kopf. 3. Schlaffheit in allen Gliedern. 4. Kopfschmerzen.

Auf Befragen nach dem Schlaf: „Manchmal habe ich gar nicht geschlafen bei Nacht. Früher habe ich einen gesunden normalen Schlaf gehabt.“

Auf Befragen nach der Stimmung: „Manchmal ist es so, dass ich mit gar niemand verkehren kann. Ich weiss gar nicht, wie es ist. Es ist so gespässig; ich laufe manchmal nur so an den Leuten vorbei. Es ist jedenfalls nicht richtig.“

Pat. glaubt, dass sein Gedächtnis schwächer geworden ist. Bei genauer Prüfung findet sich Gedächtnisschwäche nur für den Inhalt gewisser Erregungszustände.

Die Intelligenz zeigt keine Schädigung.

Pat. hat bemerkt, dass er seit dem Unfall gegen Alkohol intolerant geworden ist.

Zur Behandlung wurden angewandt kalte Abreibungen; kühle Bäder; elektrische Kopfdouche (Franclinisation).

Im Verlauf seines mehrmonatlichen Aufenthalts in der Klinik ging die Schlafsucht etwas zurück. Pat. zeigte auch ein etwas umgänglicheres Benehmen; er unterhielt sich manchmal mit dem Personal und mit anderen Kranken; namentlich schloss er sich enger an einen religiösen Epileptiker an. Neben der objektiven Besserung der Schlafsucht konnte man jedoch wahrnehmen, wie die Abneigung gegen die Arbeit fortbestand und wie sich gegenüber den häufigen Bemühungen der Ärzte, den Pat. zu Arbeitsversuchen anzuspornen, bei diesem eine gewisse Gereiztheit einstellte. Er äusserte dieselbe jedoch nie gegen den Arzt, sondern nur gegen Wärter und Mitkranke. Vom Arzte zur Rede gestellt, wollte er von solchen Äusserungen nichts wissen. Fragen nach seinem Befinden und ob er nicht arbeiten wolle, wich er mehr und mehr durch sinnlose Phrasen religiösen oder moralisierenden Inhalts aus. Der Gedanke an seine Rente und das Gefühl, nur mit grosser Erschöpfung und ohne den früher gewohnten Erfolg arbeiten zu können, mögen dazu beigetragen haben um aus diesem krankhaften Zustand bei Pat. allmählich eine Charaktereigenschaft zu machen.

Aus dem späteren Verlauf der Krankheit ist folgendes zu berichten:

Auf Anfrage teilt der behandelnde Arzt am 15. II. 02 mit, „dass in seinem Befinden keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Seine Stimmung ist immer noch hypochrondisch; er ist schläfrig und kann nicht schlafen.

Neigung zu Übertreibung mag immer noch vorhanden sein. Er hat auf meinen Rat zu arbeiten angefangen, behauptet aber, dass er nicht länger als 2—3 Stunden arbeiten könne, dann sei er für den ganzen Tag unfähig etwas zu tun."

Im März 1903 wurde Pat. nochmals auf einige Tage in die psychiatrische Klinik zu Tübingen aufgenommen.

Die körperliche Untersuchung ergibt eine Gewichtszunahme von 9 Kilo.

Pat. ist ziemlich fett geworden. Die Haare sind etwas stärker

ergraut. Es besteht eine chronische Bronchitis mit geringem Auswurf und wenig Husten. Der 1. Ton über der Herzspitze ist ab und zu nicht ganz rein. Die Herzdämpfung zeigt keine Besonderheiten. Es wurden diesmal Untersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer angestellt, welche einen Unterschied des Blutdrucks, gemessen an der Fingerbeere für wachen und schlummernden Zustand ergaben.

Der körperliche Zustand des Pat. hat sich nicht wesentlich verändert. Insbesondere ist kein Anhaltspunkt für eine Störung im Stoffwechsel zu gewinnen. Die Leberdämpfung ist in normalen Grenzen. Stuhl und Urinentleerung geschehen normal Der Urin enthält keinerlei abnorme Bestandteile. Die Ptosis besteht immer noch wie zu Anfang, sie ist nicht stärker geworden.

In dem psychischen Verhalten des Pat. ist keine bemerkenswerte Änderung eingetreten, er erscheint nur etwas stumpfer und neigt noch etwas mehr zu allgemeinen Redensarten moralisierenden Inhalts.

Bei den Untersuchungen zeigt sich, dass Pat. in den früher beschriebenen Schlummerzustand verfällt, sowie man ihn ungestört in einer halbwegs bequemen Lage oder Stellung lässt. Das Einschlafen macht nicht den Eindruck des affektierten. Er lässt sich auch dadurch nicht davon abhalten, dass man mit ihm über diesen abnormen Zustand redet: er hat sich als an etwas Unvermeidliches an diesen Vorgang gewöhnt und nimmt ihn ohne Affekt entgegen.

Er lässt sich durch die Vornahme der tonometrischen Messungen am Schlafen und Einschlafen nicht im mindesten stören. Nur beim ersten Versuch,*) bei welchem er schlafend gemessen wird, erwacht er ohne ersichtliche Ursache gerade in dem Moment des Ablesens, so dass sich hier eine Zahl ergibt, welche genau dem wachen Zustand entspricht.

Die erste Untersuchung mit dem Tonometer wird vorgenommen während Pat. wachend in bequemer Stellung sitzt, auf Aufforderung die Augen weit geöffnet hält und durch beständige Fragen zum Antworten genötigt wird. Im Anschluss an diese Untersuchung, die unter A verzeichnet ist, wird Pat. in derselben Stellung das Einschlafen gestattet und an denselben Fingern in derselben Weise der Blutdruck gemessen (B).

		A	B
Links	1. II.	105	105*)
	2. III.	110	99
	3. V.	108	95
Rechts	4. II.	105	95
	5. III.	112	98
	6. V.	102	95.

Wenn wir aus dem oben angeführten Grunde Versuch B 1 und den entsprechenden A 1 ausschalten, so bleibt eine Druckverminderung von 11 mm Hg im Durchschnitt für den Schlummer.

Diese erste Untersuchung war nach dem Mittagessen vorgenommen worden.

Eine zweite, wobei Pat. angekleidet horizontal lag, wurde morgens vorgenommen. Diesmal wurde Pat. zuerst schlafend gemessen

		A	B
Rechts	1. II.	85	105
	2. III.	94	102
	3. V.	84	100
Links	4. II.	92	95
	5. III.	97	106
	6. V.	88	100.

Diese Versuche ergaben eine mittlere Differenz von 8 mm Hg.

Eine 3. Untersuchung wurde abends vorgenommen und ergab (schlafend B; wachend A)

		B	A
Links	1. II.	88	95
	2. III.	90	105
	3. V.	85	105
Rechts	4. II.	90	100
	5. III.	94	105
	6. V.	95	105

Diese Untersuchung ergab eine mittlere Verminderung von 10,3 mm Hg für den Schlummer.

Ich glaube den Fall auffassen zu müssen als eine besondere Form neurasthenischer Erkrankung, welche ohne bekannte nähere oder fernere Ursachen aufgetreten ist — wenn man nicht dem 1. Trauma eine Schuld zuschreiben will — jedenfalls aber sich stärker entwickelt hat nach Einwirkung des Trauma am 18. V. 1900. An Simulation zu denken lag mir ferne nach dem ganzen Benehmen des Pat. Auch sprechen die tonometrischen Messungen mit ihren objektiven Befunden sehr dagegen. Von hysterischen Symptomen konnte an Pat. auch nichts ausschlaggebendes bemerkt werden.

Dass die Zustände von stierem Blick und verworrenen Reden einige Verwandtschaft zu epileptoiden Erscheinungen haben könnten, möchte ich nicht von der Hand weisen.

Über die anatomischen Grundlagen der Schlafsucht liesse sich in diesem Falle höchstens aus der bestehenden geringen Ptosis eine Vermutung anstellen.

An dieser Stelle sei es mir erlaubt meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr Wollenberg, meinen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Axel Daiber, bin geboren am 17. III. 1878 zu Stuttgart als Sohn des Professors am Kgl. Katharinenstift J. Daiber

Ich besuchte in Stuttgart das Gymnasium und später die evangel. theol. Seminarien zu Schönthal und Urach, woselbst ich im Sommer 1896 das Reifezeugnis erhielt.

Im Herbst 1896 widmete ich mich dem Studium der Medizin in Tübingen. Im Sommer 1898 bestand ich daselbst die ärztliche Vorprüfung. Im Sommer 1900 studierte ich in Greifswald und kehrte dann nach Tübingen zurück, wo ich meine Studien beendigte und am 13. III. 1902 die Approbation als Arzt erhielt.